



**3270 Joe Battle, Suite #360  
El Paso, TX 79938**

**Telefono: 915.351.9000  
Fax: 915.351.9041**

## **CONSENTIMIENTO DE FOTOGRAFIA**

“Por la presente otorgo permiso para el uso de cualquiera de mis records medicos incluyendo ilustraciones, fotografias u otros registros de imagen creados en mi caso, para uso de **revisión, pruebas, acreditación y/o certificación por la Junta Americana de Cirugía Plástica, Inc.**”  
\*Por favor tenga en cuenta fuente de la camara puede ser un dispositivo iOS.

\_\_\_\_\_

**NOMBRE DEL PACIENTE**

\_\_\_\_\_

**FIRMA DEL PACIENTE/GUARDIAN**

\_\_\_\_\_

**FIRMA DEL TESTIGO**

\_\_\_\_\_

**FECHA**

**La Junta exige que todas las características identificables, con la excepción de una fotografía de la cara completa o la fotografía de un rasgo único de identificación, se borre de la presentación de los materiales para el examen oral de la Junta Americana de Cirugía Plástica, para proteger la privacidad del paciente.**

**\*\*TENGA EN CUENTA: ESTA FORMA DEBE SER FIRMADA PARA LLEVAR A CABO CUALQUIER PROCEDIMIENTO**

**Adoptado: 10/15**

**Revisado: 5/16**